

介護（介護予防）居宅療養管理指導 開始連名簿（医科歯科調剤共通）

記載例

様式に○付き数字を
ふっています

※①～⑨（④を除く）の内容に変更があるときは提出してください。

② 指定介護機関名及び所在地

① 介護機関コード		〇〇クリニック					
1234567890		宗像市〇〇3丁目5番1号 0940-00-0000					
市町村名 宗像市							
1	③ ケース番号	世帯員番号	⑤ 氏名	⑥ 開始年月	⑦ 介護保険	⑩ 備考	確認欄
	6 5 4 3 2 1		○△◇□	0 7 0 9	有・無	9/14～ 利用	
	⑧ 要介護度の認定有効年月日		令和6年 9月22日から令和7年9月30日まで				
⑨ 要介護度		要支援1・2・要介護1・2・3・4・5					
2	ケース番号	世帯員番号	氏名	開始年月	介護保険	備考	確認欄
	6 5 4 3 2 1		○△◇□	0 7 1 0	有・無		
	要介護度の認定有効年月日		令和7年10月 1日から令和8年 9月30日まで				
要介護度		要支援1・2・要介護1・2・3・4・5					
3	ケース番号	世帯員番号	氏名	開始年月	介護保険	備考	確認欄
	6 5 4 3 2 9		○△◇□	0 7 1 1	有・無	11/1～ ケース番号 変更	
	要介護度の認定有効年月日		令和7年10月 1日から令和8年 9月30日まで				
要介護度		要支援1・2・要介護1・2・3・4・5					
4	ケース番号	世帯員番号	氏名	開始年月	介護保険	備考	確認欄
					有・無		
	要介護度の認定有効年月日		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで				
要介護度		要支援1・2・要介護1・2・3・4・5					
5	ケース番号	世帯員番号	氏名	開始年月	介護保険	備考	確認欄
					有・無		
	要介護度の認定有効年月日		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで				
要介護度		要支援1・2・要介護1・2・3・4・5					

新規開始の例

認定更新
(変更)の例

ケース番号
変更の例

記載上の注意 (④以外は全て記入ください。)

- 10桁でお書きください。
- 記載内容について照会できる電話番号を一緒に記入ください。
- 右詰めで記入ください。診療依頼書または生活保護受給者カードで確認できます。受給者番号と連動しており、ケース番号が変わると受給者番号も変わります。施設入所など世帯状況が変わる場合に変更されることがあります。
- 不明な場合、記入不要です。
- 利用者の氏名。(記載例の1～3の人物は同一人物を設定。)
- 新規開始の時は開始年月(例では令和7年9月)、更新・区分変更のあった時はその月を記入ください。
- 介護保険被保険者は有を、被保険者でない者(Hで始まる被保険者番号の人)は無を○で囲んでください。
- 「⑥」の年月が含まれる認定期間を被保険者証(または真正なコピー)で確認の上記入ください。暫定期間中など、認定が決定されていない場合は、決定後に確定情報を記入して提出ください。被保険者証の区分支給限度基準額の期間ではなく、認定の有効期間を記入ください。
- 「⑧」の期間中の介護度を○で囲んでください。
- 新規開始時等、認定期間の途中で医療扶助費の請求が発生する場合、最初の日がわかるようにしてください。(記載例参照)

★その他 (ご提出は郵送をお願いします)

- 毎月15日(閉庁の場合翌開庁日)必着の締切り日を設けています。
- 提出締切り日までに届いた開始連名簿に基づき原則として同月25日頃介護券を発送しています。お手元に届いた介護券で保険者番号、受給者番号等を確認の上、報酬のご請求をお願いします。
- 不明な点、記載内容にお気づきの点があれば問い合わせ先までご連絡ください。
- 備考欄以外で連絡をされたいときはメモを添付してください。
- サービス提供を中止される場合は問い合わせ先までご連絡ください。
- ケース番号が月途中で変更になった場合、変更月は新しい受給者番号で報酬をご請求ください。

指定介護機関へお願い

- 市町村ごとに別葉としてください。
- (介護予防)居宅療養管理指導を開始された被保護者について記載し、福祉事務所に送付してください。
- 要介護(支援)認定有効期間が終了し、更新された場合は再度提出をお願いします。
- 備考欄は、福祉事務所への連絡事項にご利用ください。

※お問い合わせ

811-3403 宗像市東郷1丁目1番1号
宗像市役所生活支援課生活保護係 介護扶助担当
TEL 0940-36-7353 FAX 0940-36-5856